

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937.

N°

574

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BLANCHARD Jean-Marie-Charles

Né le 20 Janvier 1910 à Rochefort-en-Terre (Morbihan)

Contribution à l'étude
de la tuberculose ostéo-articulaire
chez le vieillard

Président : M. TANON

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Chez Victor DEGRANGE

28, rue Serpente

(Hôtel des Sociétés Savantes)

PARIS (6°)

1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BLANCHARD Jean-Marie-Charles

Né le 20 Janvier 1910 à Rochefort-en-Terre (Morbihan)

Contribution à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard

Président : M. TANON

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Chez Victor DEGRANGE
28, rue Serpente
(Hôtel des Sociétés Savantes)
PARIS (6°)

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAURRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LINE	Pathologie chirurgicale.
LIÉTY	Pathologie médicale.
ARD (Henri)	Pathologie médicale.
ANARD (Et.)	Pathologie médicale.
ANÇON (J.)	Hydrologie.
ELIN	Pathologie médicale.
LLIARD	Histologie.
HALA	Pathologie médicale.
EVALLIER ..	Pathologie médicale.
ESTE	Pathologie médicale.
ENON	Physique.
Y	Urologie.
ENK	Pathologie chirurgicale.
LLIARD	Parasitologie.
ESTINEL	Bactériologie.
GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GENNES	Pathologie médicale.
YET	Physiologie.
ROUD	Histologie.
GUENAU	Pathologie médicale.
LPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
ZARD	Pharmacologie.
IGUENIN	Anatomie pathologique.
ANNON	Hygiène.
COMME	Obstétrique.
INTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.) ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBÉRLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE	Pathologie chirurgicale.
USQUET	Pharmacologie.
HAILLEY-BERT ..	Physiologie.
UÉNIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VANDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VAL-
LERY-RADOT .
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER ..
HEITZ-BOYER ..
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
LE LORIER
LÉVY-SOLAL ...
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MA FEMME

Témoignage de ma tendresse infinie.

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il
nous a fait en daignant présider
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR LASNIER

Médecin de l'Hôpital départemental de Nanterre

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué
dans son service tous les conseils
dont nous avons besoin.*

A. M. LE DOCTEUR LAMACHE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous avons été l'externe,
et qui nous honora souvent de
sa bienveillante sollicitude et de
ses précieux conseils. Qu'il trouve
ici l'expression de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE RENNES

M. LE PROFESSEUR FOLLET (*in memoriam*) (Stage).

M. LE PROFESSEUR MARQUIS (Stage).

M. LE PROFESSEUR HARDOUIN (Externat).

M. LE PROFESSEUR LAMACHE (Externat).

A TOUS MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAÎTRES
DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE
A MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE

INTRODUCTION

Durant le séjour que nous avons fait comme interne à la Maison Départementale de Nanterre, nous avons eu l'occasion de soigner un assez grand nombre de vieillards.

Un fait nous a particulièrement frappé : « Le nombre élevé de tuberculeux parmi ces vieillards ».

Nous proposons d'étudier ici une forme de la tuberculose à cet âge : « La tuberculose ostéo-articulaire ».

Tout d'abord, nous verrons ce qu'est un vieillard et combien il est difficile à dire à quel moment débute la vieillesse. Puis nous rechercherons la fréquence de la tuberculose ostéo-articulaire à cet âge et quelle est l'articulation le plus souvent atteinte.

Après avoir rapporté quelques observations de tuberculose ostéo-articulaire chez les vieillards, nous étudierons brièvement le traitement chirurgical des principales arthrites-tuberculeuses du vieillard et nous terminerons par l'étude du pronostic.

Le vieillard

« Aetas non annis sed viribus oestimatur ».

Avant de rechercher la fréquence de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard, nous allons essayer de définir ce qu'est la vieillesse et à quel âge l'on peut parler de vieillard.

Dans la nature humaine, dit HIPPOCRATE, il y a sept saisons qu'on appelle « âges » : « le petit enfant, l'enfant, l'adolescent, le jeune homme, l'homme fait, l'homme âgé, le vieillard. L'âge du petit enfant est jusqu'à sept ans, époque de la dentition ; de l'enfant jusqu'à la production de la liqueur spermatique, deux fois sept ans ; de l'adolescent jusqu'à la naissance de la barbe, trois fois sept ans ; d'un jeune homme jusqu'à l'accroissement de tout le corps, quatre fois sept ans ; de l'homme fait jusqu'à 49 ans, sept fois sept ; de l'homme âgé jusqu'à 56 ans, neuf fois sept ; à partir de là commence la vieillesse ».

Les druides pensaient autrement qu'HIPPOCRATE. D'après eux, l'homme est en pleine force à 45 ans et à la maturité seulement à 61 ans.

Cette grande divergence d'opinion s'explique par le mi-

lieu dans lequel les uns et les autres puisaient leurs observations, par la race, par le climat.

Chez les Romains, le déclin de la vie prenait le nom de « Senectus, vieillesse » et l'homme en déclin le « Senex, vieillard ».

LONGET divise les âges de la vie en trois périodes double, ce qui en réalité en fait six, savoir :

I° Enfance et jeunesse,

II° Adolescence et Maturité,

III° Vieillesse et décrépitude.

Mais ce sont là que des périodes approximatives parce que rien n'est plus variable que les phénomènes biologiques, parce qu'ils sont soumis à trop d'influence : hérédité, milieu, passions, etc., et surtout en ce qui concerne la rapidité de l'évolution des divers âges et tout particulièrement du dernier, il faut toujours avoir présent devant les yeux cet aphorisme de CAZALIS et PETER : « On a l'âge de ses artères ».

L'âge de la vieillesse est d'ailleurs très variable. Les limites diffèrent selon les individus, les familles, les races et ces limites sont peut-être fonction des qualités intrinsèques de la race, mais à coup sûr de la manière de vivre de la race et de l'individu et de ses passions.

La vieillesse est anatomiquement une atrophie et physiologiquement une meiopraxie de l'organisme.

Au point de vue clinique, la vieillesse confirmée se caractérise par l'arc sénile de la cornée, par la dureté des artères, par le retentissement du deuxième bruit aortique, par l'élévation de la tension artérielle, avant coureur des

troubles urinaires et corrélatif de ceux du système circulatoire.

Au point de vue anatomique, elle se caractérise autant par l'artériosclérose qui produit une hypoplasie fibreuse générale due à l'irritation lente et sourde et qui amène la déchéance générale.

Physiologiquement, elle se caractérise par un état languissant général.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il est difficile de dire à quel âge commence la vieillesse. Soixante-dix ans est la vieillesse officielle, d'après la loi sur l'assistance aux vieillards du 14 juillet 1905. Mais au-delà de soixante ans déjà commence chez presque tous les êtres humains une période de déchéance, diminution de force, de la souplesse, de la sensibilité, ralentissement des grandes fonctions ; le travail devient pénible.

De tout cela, il faut retenir une chose, c'est qu'il est impossible de dire à quel âge on devient un vieillard.

Parmi les malades dont nous publions plus loin les observations, certains ont à peine soixante ans et pourtant nous les considérons comme des vieillards.

En effet, ce sont des gens qui, pour la plupart ont eu une vie très dure. Ce sont des débiles, usés par tous les excès et toutes les privations. Beaucoup sont des éthyliques.

Cependant, il faut reconnaître qu'il y a des hommes âgés qui ne sont pas des vieillards et c'est pourquoi on a pu voir des hommes âgés de quatre-vingts ans, et plus, en pleine possession de leurs facultés intellectuelles et physiques.

Recherche de la fréquence de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard

La tuberculose ostéo-articulaire est la localisation la plus fréquente du bacille de Koch après la tuberculose pulmonaire.

En France, il n'y a pas de statistique officielle, mais d'après ARMAINGAND, la tuberculose ostéo-articulaire jointe à la tuberculose ganglionnaire frapperait plus de 60.000 enfants par an.

Si tout le monde reconnaît la fréquence de la tuberculose ostéo-articulaire chez l'enfant, tout en admettant son existence chez le vieillard, l'opinion courante est qu'elle y est assez rare.

Pendant notre séjour dans le Service de Monsieur le D^r LASNIER à Nanterre, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas de tuberculose ostéo-articulaire, aussi avons-nous eu l'idée de rechercher quels étaient les auteurs qui s'étaient occupés de la question.

On a longtemps désigné sous le nom un peu vague de « Scrofule » une maladie diathésique, une entité morbide dans le cadre de laquelle on faisait entrer la plus grande partie des manifestations tuberculeuses.

Dans l'antiquité, pour HIPPOCRATE, les écrouelles étaient

la principale manifestation de la diathèse scrofuleuse, ainsi affirme-t-il que les scrofules ne se voient pas chez les vieillards.

Les auteurs de la fin du XVIII^e siècle et parmi eux LALOUETTE en 1780 et KORTUM en 1789 affirment la scrofule sénile, mais c'est une scrofule secondaire chez des individus ayant déjà présenté des accidents pendant leur jeunesse.

GUERSANT, en 1844, faisait de la scrofule l'apanage presque exclusif de la jeunesse.

NÉLATON n'en avait pas observé de cas après 55 ans et LEBERT, dans ses études sur la fréquence relative de la scrofule, ne poursuit pas son tableau après 45 ans.

DUMOULIN, en 1854, rapporte des cas de scrofule sénile mais de scrofule cutanée seulement.

Les travaux de LAENNEC, les statistiques de LOUIS en 1875, se rapportent exclusivement à la tuberculose pulmonaire du vieillard.

Pour VILLEMEN, la tuberculose osseuse est une maladie de la première enfance.

En 1876, BOURDELAIS cite l'opinion de PAGET qui reconnaît que la scrofule chez des individus ayant plus de soixante ans est plus fréquente qu'on ne le pense généralement et il ajoute : « Cependant jusqu'ici peu de choses ont été publiées sur la question qui nous occupe, ce qui tient sans doute, non seulement à la rareté des affections, mais encore à leur difficulté de diagnostic. Il conclut que la scrofule est très rare à un âge avancé et il note son absence à Bicêtre et à Ivry, mais il indique que, pour lui, la plus fréquente manifestation de la tuberculose à cet âge est la scrofule osseuse ».

QUENU, en 1879, signale le mal de Pott parmi les manifestations de la scrofule.

Seul, BRISSAUD, en 1880, publie dans les *Archives de Médecine*, un article remarquable où il consacre l'unité des lésions et en se basant sur l'étude de l'anatomie pathologique, il démontre l'identité de la tuberculose et de la scrofule. La découverte du bacille de Koch en 1882 confirme les conclusions de BRISSAUD.

En 1892, MARSH dit : « Les statistiques montrent très clairement que la tuberculose chirurgicale est de beaucoup la plus fréquente entre trois et dix ans ; après dix ans, la tuberculose devient de plus en plus rare ».

En 1893, MAUCLAIR soutient que les lésions tuberculeuses ne sont pas fréquentes chez le vieillard.

VIGIERE, la même année dans sa thèse, note l'existence des tuberculoses séniles, leur fréquence, mais ne nous donne pas de chiffre.

POUR LANNELONGUE, le vieillard offre une résistance plus grande à la tuberculose.

GANGOLPHE, en 1893, dit : « Nous avons été frappés, mon collègue et ami POLLOSON et moi, sur la fréquence de la tuberculose osseuse et articulaire chez le vieillard ».

POLAILLON, en 1895, fait de la tuberculose articulaire une maladie du jeune âge.

En 1898, WIDAL, au *Quatrième Congrès pour l'étude de la Tuberculose*, se fait l'écho de l'opinion courante et signale qu'il a cependant recueilli dix observations de tuberculose osseuse et cutanée chez des individus âgés de 70 et 78 ans.

En 1900, MORET publie une statistique allant du mois d'août 1898 à octobre 1900. Cette statistique, que nous re-

produisons ci-dessous, ne comporte que des malades hommes.

<u>Âges des malades</u>	<u>Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire</u>	<u>Nombre de malades</u>
50 à 60	54	1056
60 à 70	40	922
70 à 80	6	108

soit donc 100 « tuberculose osseuse et ostéo-articulaire » pour 2.086 malades hommes âgés de 50 à 80 ans.

Dans un article publié en 1928 dans la *Provence Médico-Chirurgicale*, E. GOLDEWSKI, d'Avignon, affirme que la tuberculose ostéo-articulaire n'est pas rare chez le vieillard et, à l'appui, il rapporte qu'il a observé dans sa clientèle, depuis une dizaine d'années, un certain nombre de tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

Tuberculose coxo-fémorale, 3 cas : 62, 67 et 68 ans.

Tuberculose de l'épaule, 2 cas : 63 et 80 ans.

Tuberculose du poignet, 1 cas : 72 ans.

Pott, 7 cas : 68, 69, 58, 72, 70, 62 et 61 ans.

Nous avons recherché dans les statistiques de BERK publiées par M. SORREL, la part de tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard. Voici ce que l'on trouve :

De 1920 à 1930, il a été soigné pour tuberculose osseuse : 1918 adultes. Etant donné qu'il entend — gens de plus de 15 ans, comme adultes, le nombre de tuberculose ostéo-articulaire chez des gens très âgés, ne sem-

ble pas très élevé. Ainsi donc, pour les « ostéo-arthrite du pied », on ne trouve que 4 cas : de 56, 58, 60 et 63 ans. Pour les « ostéo-arthrite tibio-tarsienne », on trouve 2 cas : de 40 à 50 ans et 2 autres de 50 à 60 ans.

Voici comment se répartissent les 266 cas adultes de tumeur blanche du genou :

83,3 % des cas entre 15 et 30 ans ;

9 % des cas entre 30 et 40 ans ;

5 % des cas entre 40 et 50 ans ;

2,6 % des cas au delà de 50 ans.

Pour la coxalgie qui est encore plus fréquente que la tumeur blanche du genou, on ne trouve après 50 ans que 4 cas, l'âge extrême de début étant 53 ans.

Sur 933 cas,

764 fois la coxalgie avait débuté avant 15 ans..

76	»	»	»	entre 15 et 20 ans.
----	---	---	---	---------------------

50	»	»	»	»	20 et 30 ans.
----	---	---	---	---	---------------

28	»	»	»	»	30 et 40 ans.
----	---	---	---	---	---------------

11	»	»	»	»	40 et 50 ans.
----	---	---	---	---	---------------

La fréquence du mal de Pott vient de loin en tête de toutes les localisations tuberculeuses chez l'enfant et l'adulte.

709 adultes au dessus de 15 ans ont été soignés.

100 cas de 30 à 40 ans.

50 cas entre 40 et 50 ans.

18 cas entre 50 et 60 ans.

Le mal de Pott n'a débuté que deux fois au delà de 60 ans : à 61 ans et à 66 ans.

Personnellement, nous avons pu voir que parmi les vieillards hospitalisés à la Maison de Nanterre, la tuberculose ostéo-articulaire était assez fréquente. Il nous a été impossible de faire une statistique, n'ayant pu retrouver toutes les observations, mais on peut dire qu'il y a toujours dans le service des vieillards quelques tuberculoses ostéo-articulaires. C'est ainsi que pendant les années 1935-1936, nous avons trouvé — 15 cas — pour une moyenne de 500 malades entrés pendant ces deux années.

De cette longue énumération, il ressort que si certains auteurs reconnaissent la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard, d'autres, sans nier son existence, estiment qu'elle y est assez rare.

Bien entendu, chez le vieillard, la fréquence est loin d'approcher celles de l'enfant et de l'adulte, mais il ne faudra pas s'étonner surtout chez des vieillards débilités par tous les excès, de trouver assez fréquemment des cas de tuberculose ostéo-articulaire.

Siège des lésions

Il nous a paru intéressant de rechercher qu'elle était, chez le vieillard, la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéo-articulaire.

VIGERIE, dans sa thèse, indiquait que, chez les jeunes comme chez les vieux, le genou était le plus souvent atteint.

Pour lui la coxalgie, la tuberculose vertébrale, la scapulalgie sont rares, mais il indique comme assez fréquente l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.

Certains auteurs, sans spécifier l'âge, donnent quelques statistiques à propos du siège des lésions.

Ainsi, NELATON donne l'ordre de fréquence suivant : vertèbres, tibia, fémur, humérus, phalanges, métatarsiens, métacarpiens.

Sur 104 tuberculoses osseuses observées, THIERRY donne l'ordre suivant : mal de Pott, coxalgie, tuberculose des côtes, sternum, pied, du genou, du rocher, du coude, de l'épaule, de la main, des doigts.

POLAILLON donne une statistique établie par âge pour les arthrites du genou, de la hanche et du coup-de-pied.

1° *Arthrite tibio-tarsienne*

15 à 20 ans, 6 cas ;
21 à 30 ans, 6 cas ;
31 à 40 ans, 4 cas ;
41 à 50 ans, 10 cas ;
51 à 60 ans, 1 cas ;
61 ans et au-dessus, 5 cas.

2° *Tumeur blanche du genou*

16 à 20 ans, 15,79 % ;
21 à 30 ans, 33,68 % ;
31 à 40 ans, 24,21 % ;
41 à 50 ans, 14,74 % ;
51 à 60 ans, 7,37 % ;
61 ans et au-dessus, 4,91 %.

3° *Coralgie*

16 à 20 ans, 34 cas ;
21 à 30 ans, 19 cas ;
31 à 40 ans, 17 cas ;
41 à 50 ans, 9 cas ;
51 à 60 ans, 3 cas ;
61 ans et au-dessus, 0 cas.

De l'examen de cette statistique de POLAILLON, on voit qu'à partir de 50 ans, c'est la tumeur blanche du genou qui paraît être la localisation la plus fréquente.

Pour MORET, chez le vieillard, le pied semble être le plus souvent atteint, après viennent les côtes, le genou, le sternum, le poignet, la main et enfin la colonne vertébrale.

Voici d'ailleurs sa statistique établie par âge et par localisation :

	<u>Pott</u>	<u>Pied</u>	<u>Genou</u>	<u>Coxalgie</u>	<u>Poignet</u>	<u>Coude</u>	<u>Épaule</u>
50 à 60	2	9	5	3	1	1	1
61 à 70	3	6	1	1	3	0	0
71 à 80	3	1	0	0	0	0	0
81 à 90	0	0	0	0	0	0	0
Total :	8	16	6	4	4	1	1

M. GODLEWSKI donne le mal de Pott comme localisation fréquente de la tuberculose osseuse chez le vieillard. En effet, pour 7 Pott, on trouve : 3 coxalgies, 2 scapulalgies et 1 tuberculose du poignet.

A Berk, de 1920 à 1930, on a soigné 1918 tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez des adultes réparties de la façon suivante :

Mal de Pott : 703 cas.

Scapulalgie : 34 cas.

Ostéo-arthrite du coude : 72 cas.

Poignet : 51 cas.

Coxalgie : 320 cas.

Tumeur blanche du genou : 250 cas.

Tibio-tarsienne : 64 cas.

Médio-tarsienne : 26 cas.

De ce tableau, on voit donc que chez l'adulte, l'âge de 15 ans marquant le passage à la série adulte, c'est le mal de Pott qui est le plus fréquent, après viennent : la coxalgie, la tumeur blanche du genou, ostéo-arthrite du coude, ostéo-arthrite tibio-tarsienne, ostéo-arthrite du poignet, la scapulalgie et enfin ostéo-arthrite médio-tarsienne.

Mais, chez le vieillard, quelle est l'articulation la plus souvent atteinte ?

Toujours dans la statistique de Berk, en prenant l'âge de 50 ans comme base de la vieillesse, ce qui est, comme nous l'avons dit au premier chapitre, tout relatif, l'on s'aperçoit que l'on trouve sur 933 cas de coxalgie : 4 cas au-delà de 50 ans.

Pour la tumeur blanche du genou, un pourcentage 2,6 % au-delà de 50 ans.

Pour le mal de Pott, on trouve 20 cas sur 703 au-delà de 50 ans.

Sur 64 ostéo-arthrite tibio-tarsienne, on ne trouve que 4 cas de 56, 58, 60 et 63 ans.

Ces dernières statistiques montrent que le mal de Pott semble être la localisation la plus fréquente ; ensuite viennent : la tumeur blanche du genou, et la coxalgie.

Personnellement, il nous a semblé que l'articulation du genou se trouvait très fréquemment atteinte chez le vieillard, ensuite viennent le coude, puis la tibio-tarsienne.

Le mal de Pott nous a paru assez rare, ainsi que la coxalgie et la scapulalgie.

Ainsi, dans les années 1935-1936 , nous avons trouvé :

Tumeur blanche du genou	6 cas
— — — — — coude	4 »
Ostéo-arthrite tibio-tarsienne	2 »
Tumeur blanche du poignet	2 »
Scapulalgie	1 »
Colxalgie	0 »
Mal de Pott	0 »

Il est bien évident que notre statistique est un peu courte puisqu'elle ne porte que sur deux années, mais il n'en reste pas moins que si l'on examine toutes les statistiques données plus haut, toutes indiquent en premier ou deuxième lieu, la tumeur blanche du genou

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

DUF... Raymond, 78 ans, ancien électricien.

Entre à la maison le 12 mai 1936.

Veuf. Femme morte il y a 10 ans de congestion pulmonaire. 5 enfants tous vivants, en bonne santé.

Au printemps 1934, a fait une congestion pulmonaire à droite.

Il y a environ 11 ans, cet homme a fait une chute sur son genou gauche qui depuis reste gros. Néanmoins, pendant un certain temps, il continue à travailler. Puis, il y a deux ans, il rentra à l'asile Chevreuil.

Etat actuel : Genou gros globuleux.

A la face interne, une petite fistule à bords décollés laissant sourdre un pus grumelleux. Atrophie musculaire très marquée de la cuisse et de la jambe. La jambe est en légère flexion et rotation externe. Adénopathie inguinale. Les mouvements sont douloureux et limités.

La radiographie montre des lésions osseuses importantes.

Etat général très mauvais, anoréxie, amaigrissement.
Poumons : Respiration rude aux sommets. Râles de
bronchite.

Cœur : Assourdissement des bruits. Arythmie.

Tension artérielle : $\frac{19}{9}$

Légère diarrhée.

Amputation en juin 1936. Etat général s'améliore pen-
daant quelque temps, puis le malade tombe dans le gâ-
tisme et meurt le 26 janvier 1937.

OBSERVATION II

TUMEUR BLANCHE DU GENOU ET ARTHRITE TIBIO-TARSIENNE

MER... Marie, 60 ans.

Entre dans le service en novembre 1936.

Célibataire. Aurait fait, il y a 20 ans, une bacillose
intestinale. Il y a 3 ans amputée au médius de la main
droite pour spina ventosa.

Actuellement on trouve :

- 1° Une arthrite tibio-tarsienne gauche fistulée depuis
deux mois. Ganglions inguinaux gauches.
- 2° Un genou droit globuleux, douloureux avec limita-
tion des mouvements et atrophie musculaire très
marquée de toute la jambe.

Les radiographies du genou droit et du pied
gauche montrent des lésions bacillaires impor-
tantes.

3° Au point de vue pulmonaire : Submatite des deux poumons. Frottements pleuraux à gauche.

Respiration un peu rude. Dans les crachats pas de B.K.

4° Mauvais état général, anoréxie, amaigrissement T.° à 38°.

Devant les nombreuses localisations bacillaires et le mauvais état général, on n'intervient pas.

OBSERVATION III

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

SA... Augustine, 59 ans. Tumeur blanche du genou.

Entrée dans le service en janvier 1935.

A ce moment, présentait des gommes syphilitiques du sein gauche avec Wassermann positif.

Mariée, a eu 5 enfants, tous vivants, en bonne santé.

Mari mort des suites de guerre.

On lui fait alors un traitement syphilitique qui fait disparaître à peu près les gommes.

La malade, de plus, avait des signes d'aortite syphiliti-

22

que, hypertension artérielle — avec céphalée, vertiges et

10

troubles de la vue. Une dyspnée d'efforts. Au cœur, clangor très marqué avec double souffle de la base intense et rapeux. Les artères sont flexueuses, sinueuses et dures.

Le pouls radial, plein, dur, tendu.

Albumine dans les urines.

Mais depuis un certain temps, son genou droit a aug-

menté de volume. On pense à une arthrite syphilitique, mais le traitement syphilitique qui améliore la maladie au point de vue gomme et aortite, ne fait rien pour le genou. Au contraire, celui-ci augmente rapidement de volume. L'atrophie musculaire est très marquée au niveau du quadriceps.

Le genou est chaud. La flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse sont douloureuses et limitées. On fait une radiographie qui montre un flou articulaire et une décalcification assez étendue du fémur et du tibia.

L'évolution de cette tumeur blanche du genou semblait très rapide, on fait de suite une amputation.

Malade revue en 1937, marchant bien avec un appareil.

OBSERVATION IV

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

LEM., Pierre, 71 ans. Ancien manoeuvre.

Entre le 8 août 1936. Père mort de broncho-pneumonie à 60 ans. Mère morte à 71 ans. Deux frères morts de tuberculose. Une sœur en bonne santé.

Célibataire, a fait la guerre où il a été gazé.

Depuis un an environ, le genou gauche a grossi et est devenu douloureux. Le malade pense à du rhumatisme et ne s'en inquiète pas ; ce n'est que lorsqu'il apparaît une petite fistule qu'il vient à l'infirmerie.

Examen du genou : Genou droit gros, globuleux, avec atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe. Petite fistule à bords décollés dans le creux poplité.

Limitation des mouvements qui sont douloureux.

Adénopathie inguinale.

La radiographie montre des lésions importantes.

Etat général mauvais. Anorexie, amaigrissement.

Le malade tousse et crache beaucoup. B.K. dans les crachats.

Devant le mauvais état général, on ampute le 10 septembre.

L'état général s'améliore.

OBSERVATION V

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

FEU... Paul, 64 ans. Ancien manoeuvre.

Entré le 15 février 1935.

Père et mère morts de tuberculose pulmonaire.

1 frère bien portant.

Depuis une dizaine d'années, sujet à des bronchites à répétition.

Il y a sept ou huit mois, le malade s'aperçoit que son genou gauche est douloureux, surtout à la fin de la journée. Le genou, en même temps, grossit. Depuis cette époque, le genou a continuer à grossir. Il est de plus en plus douloureux. Atrophie musculaire très marquée.

Radiographie montre des lésions importantes.

Mauvais état général : amaigrissement.

Cœur : Tachy-arythmie.

Poumon : Râles de bronchite.

Amputé le 12 mars 1936.

Malade mort au mois de mai de la même année, de pneumonie.

OBSERVATION VI

TUMEUR BLANCHE AU GENOU

CHAV..., Paul, 69 ans. Ancien manœuvre.

Entre dans la maison au mois de novembre 1935, pour néphrite chronique, hypertensive.

Malade a été amputé du pouce droit en 1933 pour tuberculose de l'articulation métacarpe-phalangienne.

Opéré la même année : hernie inguinale gauche étranglée.

En janvier 1936, le malade s'aperçoit que son genou a augmenté de volume et est douloureux. Atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe. Mouvements limités.

Radiographie montre des lésions.

Cœur : assourdissement des bruits, arythmie.

Albumine dans les urines, urée sanguine à 0 gr. 70.

Mauvais état général, amaigrissement.

Amputé le 15 mars 1936. Malade mort en décembre d'œdème aigu du poumon.

OBSERVATION VII

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

FE..., Léon, 62 ans. Ancien charcutier.

Entré le 5 janvier 1935 pour tuberculose coude droit.

Tumeur blanche datant de 6 mois à peine, du moins est-ce à cette époque qu'il ressentit les premiers troubles.

On trouve un gros coude droit tuméfié, fluctuant.

Atrophie du bras. Coude très douloureux, enraidit à angle obtus de 130 à 150°. Absolument impotent.

Petite fistule siégeant en avant d'où sort un pus grumeleux.

Dans l'aisselle, grosse adénopathie.

Mauvais état général. T. 38, 38° 1. Faciès pâle et amaigri.

Sueurs nocturnes.

A l'auscultation, foyer pulmonaire à droite. A déjà fait plusieurs fois des hémoptysies. B.K. positif dans les crachats.

Devant ce mauvais état général, on fait amputation, le 1^{er} février. Mort en septembre 1935 d'hémoptysie foudroyante.

OBSERVATION VIII

TUMEUR BLANCHE DU COUDE ET DU POIGNET

Rl... Blanche, 71 ans.

Malade entre le 10 octobre 1935 pour tumeur blanche du coude fistulisée.

Veuve, mari mort de pneumonie. 3 enfants vivants en bonne santé.

Il y a 6 ans, a été soigné pour abcès froid du poignet droit. Actuellement il reste une petite cicatrice. Le coude droit a commencé à grossir et à devenir douloureux, il y a environ un an.

Aujourd'hui, au plis du coude, il existe une petite fistule. Atrophie des muscles. Mouvements douloureux et limités.

La radiographie montre des lésions importantes.

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles.

Cœur arythmique.

Mauvais état général.

Amputation, état général s'améliore pendant quelque temps, puis le malade tombe dans le gâtisme et meurt.

OBSERVATION IX

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

RAY... Augustine, 59 ans.

Entre le 5 juin 1936, avec un coude gauche gros et douloureux.

Veuve depuis 20 ans, mari mort à la guerre. 1 fille vivante bien portante.

Malade est une bronchiteuse emphysémateuse.

Début de la maladie remonte à 5 ou 6 mois.

Le coude est globuleux. Atrophie musculaire, mouvements limités et douloureux.

La radio montre des lésions importantes.

Etat général défectueux.

A l'auscultation des poumons, signes d'emphysème.

Devant les lésions étendues, on fait une amputation du bras. Malade revue en 1937 bien portante.

OBSERVATION X

TUBERCULOSE DU COUDE

GO... Florent, 59 ans. Ancien boulanger.

Tumeur blanche du coude gauche fistulisée.

Mauvais état général, malade tousse et crache beaucoup. Signe de sclérose pulmonaire. Pas de B. K. dans les crachats.

Amputation.

OBSERVATION XI

TUBERCULOSE TIBIO-TARSIENNE

TIA... Alfred, 73 ans. Ancien peintre.

Est entré dans le service le 12 avril 1935 pour pied droit gros et douloureux.

Célibataire. A été au Maroc où il a eu du paludisme.

Signes d'éthylisme très marqué.

Le pied est gros, douloureux aux mouvements actifs et passifs. Atrophie musculaire. La radiographie montre des lésions importantes.

Le foie gros et douloureux. Léger subictère des conjonctives. Tremblement des mains. Pituite matutinale.

Rate percutable.

Mauvais état général, amaigrissement.

Amputation du pied. Mort en janvier 1937 broncho-pneumonie.

OBSERVATION XII

TUMEUR BLANCHE TIBIO-TARSIENNE

PA... Victor, 62 ans.

Entre en novembre 1936, parce que pied droit a beaucoup grossi et est très douloureux.

Marié a eu deux enfants dont l'un mort à 18 ans de méningite bacillaire.

A fait la guerre où il a été gazé.

Mauvais état général.

La radiographie montre des lésions importantes.

Poumon : signe de sclérose.

Cœur : bruits un peu sourds, légère arythmie.

Amputé en décembre 1936.

Malade revu en 1937 bien portant.

OBSERVATION XIII

TUBERCULOSE TIBIO-TARSIENNE

BE... Paul, 69 ans. Ancien maçon.

Entre en décembre 1936.

Arthrite tibio-tarsienne gauche.

Mauvais état général. A fait une pleurésie séro-fibrineuse à gauche il y a 10 ans.

Amputation en janvier 1937. Malade se porte bien depuis et peut marcher avec un appareil de prothèse.

OBSERVATION XIV

TUMEUR BLANCHE DU POIGNET

GRET... Jules, 72 ans. Ancien boulanger.

Entré à la maison en mars 1935 avec un poignet droit gros et douloureux. Le malade tousse et crache et n'a pas d'appétit. L'histoire de la maladie du poignet remonte à un an environ. Un examen radiographique montre des lésions importantes. De plus, à l'examen des poumons, on trouve une respiration très rude avec craquements au sommet gauche. La recherche du B. K. dans les crachats est positive.

On trouve sur la crête iliaque gauche au niveau de l'épine antéro-supérieure une petite masse de la grosseur d'un œuf fluctuante et adhérente à l'os. On ponctionne et on retire un liquide jaune grumeleux. La coloration au

Ziellh ne permet pas de déceler de bacilles acido-alcool résistants.

Etat général : très mauvais, amaigrissement, anorexie. Trace légère d'albumine dans les urines. Aucune intervention n'est possible devant les localisations multiples de tuberculose.

Malade mort en juillet 1935.

OBSERVATION XV

TUBERCULOSE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE

SE... Louis, 60 ans.

Parents morts de causes inconnues.

A eu la typhoïde à 18 ans.

A la suite d'un brusque effort pour soulever un sac a ressenti une douleur dans l'épaule gauche. Cependant il ne s'en inquiète pas outre mesure. Depuis ce temps la douleur n'a pas cessé. Le malade ne tousse pas, ne crache pas.

C'est un artério-scléreux. Le cœur est arythmique, mais il n'y a pas de bruit de souffle.

A l'auscultation du poumon, on trouve quelques petits frottements à la base gauche. Le foie est petit et douloureux.

L'épaule gauche est grosse, globuleuse, lisse, rosée. Atrophie musculaire marquée. Les mouvements du bras sont douloureux et très limités. La radiographie montre des lésions importantes.

Mauvais état général.

On fait une résection de la tête humérale.

A la suite de cette opération, l'état général s'améliore.

OBSERVATION XVI (M. SORREL)

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

SA... Louis, 53 ans 1/2.

Entre dans le service le 12 décembre 1922, présentant tumeur blanche du coude droit avec petit abcès de la région olécrânienne interne et de multiples autres localisations dont une lésion de l'avant-pied gauche qui avait déjà fait pratiquer l'exérèse du 3^e métatarsien et plusieurs abcès sous-cutanés sans point de départ osseux.

Etat général précaire.

On doit d'abord s'occuper des autres localisations dont on obtient successivement la guérison et ce n'est qu'en février 1926, plus de trois ans après, que l'on peut opérer le coude. L'état général était devenu très bon, mais une fistule s'était ouverte au niveau du coude et le malade avait à ce moment près de 57 ans. La résection le 1^{er} février 1926 donne cependant un fort bon résultat. En novembre 1927, SE... quitte l'hôpital avec un coude bien guéri permettant des mouvements actifs de 100 à 125° et des mouvements passifs de 95 à 130°.

OBSERVATION XVII. — (M. SORREL)

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

LE... Yvonne, 52 ans.

Début clinique remontant à un an environ. Lésions très importantes du cubitus et humérus. Il existait de nombreuses autres lésions tuberculeuses. Une amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou faite trois mois auparavant. Destruction des surfaces osseuses. Intervention impossible.

OBSERVATION XVIII. — (M. SORREL)

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

BOU... Caroline, 52 ans.

Entre dans le service le 12 avril 1924, présentant des lésions pulmonaires certaines avec bacilles dans les crachats. Le coude était dans un tel état avec des fistules si nombreuses et si largement infectées que nous crûmes bien faire néanmoins en supprimant ce foyer. On pouvait se demander, vu la gravité des lésions, si une amputation n'était pas la seule chose possible. Nous tentâmes néanmoins une résection et le résultat dépassa nos espérances. La cicatrisation fut longue à se produire, mais en janvier 1926, elle était complète et le coude pouvait être considéré comme guéri. Depuis plus d'un an, on ne trouvait plus de bacille dans les crachats. L'état général, précaire à l'arrivée, était devenu magnifique et l'augmentation de poids avait été environ de 15 kg. En août 1926, la malade quitta le service avec un coude presque ankylosé à 100°, ne conservant que de petits mouvements de pronation et de supination et des mouvements encore plus minimes de flexion et d'extension. Mais tel qu'il était, ce membre restait fort utile et cette femme qui était cuisinière put, dès sa sortie du service, reprendre son métier.

OBSERVATION XIX. — (M. SORREL)

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

CAO... Julie, 58 ans.

Entre dans le service le 16 novembre 1927 avec tumeur blanche du coude droit. Cliniquement, les lésions parais-

saient graves et il existait un gros abcès postérieur près à se fistuliser et qui le fut en effet quelques jours ensuite. Sur la radio, les lésions osseuses paraissent très importantes. Dans les trois mois qui suivent cependant, sans que nous ayons pu préciser la date exacte, la malade fait une luxation complète du coude en arrière. La forme des extrémités osseuses restait peu altérée et force était bien de penser qu'il y avait surtout destruction de la capsule et des ligaments.

Cette malade présentait de nombreuses autres localisations bacillaires : « Mal de Pott datant de l'enfance, ostéoïde sterno-costale avec abcès ganglionnaires supurés du cou. »

Contre-indication de la résection.

OBSERVATION XX

(Par MM. LAGROT et BOUTIN, *L'Algérie Médicale*, 1928)

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

Une vieille femme de 65 ans, atteinte de maladie mitrale, présente au coude droit des phénomènes articulaires non douloureux avec tuméfaction et impotence fonctionnelle. Un mois après le début, une ponction ramène un liquide séro-fibrineux contenant des polynucléaires et environ 8 bacilles de Koch par champ.

Dix jours après, l'articulation contient du pus et 20 bacilles par champ et dans la semaine qui suit l'arthrite se fistulise. Le pus contient, sur certaines plaques, 80 bacilles par champ environ. L'inoculation au cobaye tua celui-ci, en trois semaines, avec les lésions habituelles de la tuberculose.

L'évolution se fait sans fièvre, mais l'insuffisance cardiaque et l'asystolie vont en s'accroissant.

Nous pratiquons l'amputation du bras. Le soir même le rythme cardiaque était redevenu normal.

La dissection montra d'énormes fongosités, pas de lésions osseuses. Guérison per primam en huit jours.

Au bout d'une semaine, l'asystolie reparait et la malade meurt au bout de deux mois du fait de celle-ci.

Des signes frustes de bacillose pulmonaire à droite s'étaient accentués après l'intervention.

Retenons de cette observation, trois points :

1° L'évolution rapide quoiqu'apyrétique de cette arthrite tuberculeuse chez un vieillard sans association microbienne.

2° La quantité considérable de bacilles dans le pus.

3° L'amélioration immédiate des phénomènes d'asystolie après exérèse du foyer toxique.

OBSERVATION XXI. — (VEDE, GIRAUD, SIMÉON)

Bulletin des Sciences Médicales de Montpellier

MAL DE POTT

Homme de 67 ans. Sans passé pathologique.

Début brutal. Douleurs dorso-lombaires. Paraplégie suit peu après. Gibosité « D VIII et D X » angulaire.

Formulé de liquide de compression.

Mort en six mois.

OBSERVATION XXII

(GOLDEWSKI, *Provence Médico-Chirurgicale*, 1928)

COXALGIE

B..., de Carpentras.

Aucun antécédent héréditaire, congénital et pathologique. Mari mort 8 ans auparavant des suites bronchites bacillaires fibreuses à l'âge de 60 ans.

Depuis 2 ans, souffre de la hanche droite, boîte de plus en plus et constate que sa jambe se raccourcit. La radiographie de l'articulation est faite près de 2 ans après le début des symptômes. Les lésions sont très nettes. Le cotyle est rongé en haut et paraît agrandi au point de faire croire à une demi-luxation. Les lésions sont également importantes au niveau de la tête. La malade ne peut supporter le port d'un appareil plâtré.

Mise au repos relatif, on obtient une ankylose fibreuse.

OBSERVATION XXIII

(E. GOLDEWSKI, *Provence Médico-Chirurgicale*, 1928)

TUMEUR BLANCHE DU POIGNET

B..., de Mondragon, présente à l'âge de 72 ans, une arthrite bacillaire du poignet qu'il traîne depuis un an et demi. Quelques fongosités dorsales, immobilisation. Guérison paraît obtenue.

OBSERVATION XXIV

(GOLDEWSKI, *Provence Médico-Chirurgicale*, 1928)

SCAPULALGIE

B..., de Voiron, 80 ans, présente une tuméfaction de l'aisselle gauche, abcès froid, d'une ostéo-arthrite. Elle n'a pas souffert ou presque pas ; n'a que la sensation que les mouvements s'enraidissent et deviennent impossibles.

Ponction de l'abcès froid et demi-repos dans une écharpe.

OBSERVATION XXV

(GOLDEWSKI, *Provence Médico-Chirurgicale*, 1928)

MAL DE POTT

B..., 65 ans, brusquement a ressenti une douleur violente dans la région dorsale basse. A partir de ce moment, il doit se coucher et le moindre mouvement devient insupportable. Un mois après, durant lequel il est resté au lit, paraplégie légère des membres inférieurs. Il est facile de constater une gibosité angulaire au niveau des apophyses épineuses de la D.IX D.X. La pression y est très douloureuse. La ponction lombaire : liquide hypotendu aucune réaction leucocytaire, légère hyperalbuminose.

Le malade est mis dans une gouttière de Bonnait, les douleurs ont disparu.

Mort de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XXVI

(GOLDEWSKI, *Provence Médico-Chirurgicale*, 1928)

COXALGIE

B..., de Saint-Andiol, 67 ans.

Depuis 2 ans souffre de la hanche, boite, et voit sa jambe se raccourcir et se déformer. En plus, elle présente un abcès froid au niveau de la région pré-trochantérienne. Ponctions répétées, immobilisation et traitement au cacodylate de soude.

Traitement chirurgical

Chez le vieillard comme chez l'adulte, on attendrait vainement une guérison durable de l'immobilisation et du traitement général, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose ostéo-articulaire.

Devant le cas d'un vieillard atteint de cette forme de tuberculose, deux questions se posent : Faut-il réséquer ? Faut-il amputer ?

Pour plus de commodité, nous envisagerons le traitement pour chacune des articulations qui sont le plus souvent atteintes chez le vieillard. Nous commencerons par la localisation que nous avons remarqué être la plus fréquente, c'est-à-dire : le genou.

La tumeur blanche du genou.

Au sujet de son traitement, les avis sont très partagés. En 1921, M. SORREL, dans un article de la *Presse Médicale*, disait qu'il fallait amputer à partir de 50 ans.

Dans le même journal, la même année, M. LENORMANT, répondant à l'article de M. SORREL, dit que, « puisqu'on consolide des fractures jusqu'à un âge avancé, on doit également jusqu'à un âge avancé, consolider des réssections. »

Dans son traité sur la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire paru en 1931, M. SORREL répond à M. LENORMANT.

Voici ce qu'il dit : « Un homme qui fait une fracture est un homme sain qui, accidentellement, brise un os également sain. Pour peu que le sujet soit syphilitique ou diabétique par exemple, il y a déjà fréquemment des retards de consolidation pouvant aller jusqu'à la pseudarthrose, ce qui montre la grande importance de l'état général. Or, un malade atteint de tumeur blanche au genou est dans une situation beaucoup plus mauvaise encore et surtout ses extrémités osseuses sont loin de conserver leur vitalité normale. »

En 1925, au Congrès de Chirurgie, M. FRÉDET était du même avis que M. LENORMANT.

En 1895, J. BOECKEL rapporte 123 cas de résections pour tumeur blanche au genou répartis de la façon suivante :

22 sujets étaient âgés de plus de 45 ans. Dans ces 22,
3 avaient de 46 à 50 ans,

2	—	51 à 55	—
9	—	56 à 60	—
2	—	61 à 65	—
2	—	66 à 70	—
2	—	71 à 75	—
1	avait	78 ans.	
1	—	82 ans.	

De 1895 à 1914, le même BOECKEL a fait 86 résections pour tumeur blanche du genou ; sur 33 sujets âgés de plus de 50 ans, 17 avaient de 50 à 60 ans et 16 de 60 à 69 ans.

KOENIG avait fait :

93 résections chez des sujets de 21 à 30 ans.

53 — — — 31 à 40 ans.

33 — — — 41 à 50 ans.

25 — — — 51 à 60 ans.

18 — — — 61 à 70 ans.

MAUCLAIR, après 55 ans, ne fait plus de résection.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE disait à propos des indications de la résection :

« Toutes les fois qu'une tumeur blanche est arrivée à un développement tel qu'on ne peut espérer rendre au sujet le mouvement du genou, la résection est indiquée. Il ne faut réséquer que si :

« 1° Le sujet est capable de supporter l'opération.

« 2° Les lésions peuvent être enlevées en totalité et cela sans entraîner un sacrifice de la longueur du membre incompatible avec sa vitalité.

« 3° Si le malade est en mesure de faire les frais de la réparation. Il faut que la fracture ouverte, opération réalisée, se consolide par un col osseux. »

Citons encore l'opinion d'OLLIER : « Les amputations sont supérieures en principe aux résections. Elles suppriment d'un coup des foyers apparents d'infections laissant une plaie nette qui peut se réunir immédiatement et plus rapidement qu'une plaie de résection. Aussi, lorsqu'il s'agit de supprimer une suppuration articulaire sur un sujet débilité par une longue suppuration et par un séjour au lit, il doit être amputé. Il faut soustraire le plus tôt possible le malade aux causes de débilitation qui pré-

parent le terrain pour de nouvelles manifestations tuberculeuses. »

Pour les malades qu'il nous a été donné de voir, nous croyons que, presque toujours, l'amputation ne pouvait pas se discuter. En effet, selon l'expression de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, ils n'étaient pas à même de faire « les frais d'une réparation à la suite de résection ». La plupart, pour ne pas dire tous, étaient des gens débiles ayant un passé pathologique très chargé, des alcooliques et avaient un très mauvais état général.

Evidemment, chez un vieillard sain, bien conservé, on pourra essayer une résection, mais si au bout de quelques mois l'ankylose n'est pas obtenue, il faudra sans attendre, pratiquer l'amputation.

Passons maintenant à l'ostéo-arthrite tuberculeuse du pied. Dans ce cas, nous pensons que, chez le vieillard, il faut tout de suite amputer, car là on peut obtenir une prothèse parfaite et ensuite la marche est remarquablement aisée.

Voyons maintenant le traitement chirurgical de la tumeur blanche du coude que l'on trouve assez souvent chez le vieillard. Là encore, la question qui se pose est : « Amputation ou résection ? ». Voici quel est l'avis de M. SORREL à ce sujet : « On doit opérer même à un âge avancé, évidemment, chez un sujet âgé, les chances de guérison sont moins grandes que chez un adulte et surtout on sera moins certain d'obtenir un bon résultat fonctionnel. Il peut se faire que la résection à laquelle on est astreint soit tellement étendue, qu'un coude ballant en résulte, même si un appareil de contention était nécessaire, cela vaudrait infiniment mieux encore qu'une amputation. »

Nous n'en avons, pour notre part, jamais pratiqué et,

dans quelques cas où par suite de l'âge ou de la gravité des lésions l'opportunité d'une résection pouvait se discuter, nous avons obtenu des résultats dont l'excellence nous a surpris.

Mais, malheureusement, là encore, comme pour le genou, devant le mauvais état général, on est bien souvent obligé de recourir à une amputation qui supprime plus radicalement et plus vite la cause de l'intoxication de l'organisme.

Pour traiter une tuberculose du poignet chez un vieillard, on peut réséquer jusqu'à un âge avancé. Ici, il n'y a pas besoin d'obtenir une soudure osseuse. M. SORRELL dit : « Devrait-on faire une résection très étendue ou des retouches nombreuses, le malade devrait-il même garder une petite fistule qu'il y aurait presque toujours intérêt à ne pas faire d'amputation. Avec un appareil maintenant un poignet ballant, ou même un pansement, une main peut encore être utile. » Mais bien souvent, là encore, on est obligé de recourir à l'amputation, car la lésion menace l'existence.

Pour la scapulalgie, on peut pratiquer une résection jusqu'à un âge assez avancé, car l'opération n'est pas très choquante. Bien entendu, lorsqu'il y a en plus une tuberculose viscérale ou ostéo-articulaire avec gravité telle que la lésion de l'épaule perd de son importance, c'est une contre-indication.

Pour le mal de Pott chez le vieillard, le traitement est le même que chez l'adulte, orthopédique d'abord, ostéosynthèse ensuite, si l'on se trouve en présence de vieillard résistant bien conservé. Mais si l'on a à faire à des vieillards usés, il ne saurait être question de guérison et il n'y a aucun traitement chirurgical.

Nous voyons donc que le traitement chirurgical des localisations les plus fréquentes de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard se résume à « réséquer ou amputer ».

Au membre inférieur, l'amputation semble préférable pour le genou et le pied. Parfois dans le cas de vieillard très sain, résistant, l'on pourra essayer une résection, ce qui n'empêchera pas, si elle échoue, de faire ensuite une amputation.

Au membre supérieur, il faudra toujours tenter une résection.

PRONOSTICS

La tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard est toujours grave tant par l'impotence à laquelle elle peut condamner le vieillard, que par les mutilations qu'elle peut amener et aussi par la menace perpétuelle, sinon de la généralisation aiguë de l'infection, du moins de l'apparition toujours possible d'autres foyers osseux ou viscéraux.

Le pronostic dépend aussi de l'état social du malade et des soins qu'il pourra prendre.

Mais surtout ce qui compte beaucoup c'est le « siège de la lésion ».

Il est évident que le mal de Pott sera très grave chez un vieillard, il en sera de même pour la coxalgie.

Les tuberculoses ostéo-articulaires du membre inférieur seront plus graves que celles du membre supérieur. Ainsi une tumeur blanche du genou sera beaucoup plus grave qu'une tumeur blanche du coude.

Il y aura aussi à considérer la rapidité de l'évolution. La plupart du temps, ces tuberculoses ostéo-articulaires évoluent d'une façon lente, torpide, mais il n'en est pas toujours ainsi. L'évolution est parfois très rapide, comme le montre l'observation empruntée à LAGROT et BOUTIN que nous avons rapportée plus haut.

Mais le pronostic dépendra surtout de l'état général du vieillard. En effet, dans la plupart des cas, l'on a à faire à des gens ayant d'autres lésions organiques telles que des cardiopathies, des néphrites, qui bien entendu, ont une grave répercussion sur la maladie. Souvent ce sont des vieux toussEURS, emphysémateux, plus ou moins suspects de tuberculose pulmonaire.

Enfin, la localisation à plusieurs articulations est toujours d'un très mauvais pronostic.

Cependant, chez un vieillard sain, sans tares, le traitement chirurgical approprié donnera de fort bons résultats.

CONCLUSIONS

Dans ce travail, consacré à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard, nous avons envisagé : la fréquence de cette forme de tuberculose à cette période de la vie ; le siège des lésions ; le traitement chirurgical ; enfin le pronostic.

En voici les conclusions générales :

I. — La tuberculose ostéo-articulaire n'est pas rare chez le vieillard.

II. — L'articulation qui nous a semblé être le plus souvent atteinte est : le genou. Ensuite viennent : le coude et la tibio-tarsienne.

III. — Le traitement chirurgical se résume à « réséquer ou amputer ». La résection pourra donner de bons résultats surtout au membre supérieur, mais bien souvent le mauvais état général obligera à recourir à l'amputation.

IV. — Le pronostic de cette localisation tuberculeuse est toujours sérieux à cet âge.

VU : *Le Doyen,*

VU : *Le Président de Thèse,*

G. ROUSSY.

L. TANON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURDELAIS. — Scrofule chez les vieillards, 1876.
- BOEKEL. — *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1835.
- DUMOULIN. — De quelques lésions tardives de la scrofule chez les vieillards.
- FREDET. — *Congrès de Chirurgie*, 1925.
- GANGOLPHE. — Maladie infectieuse et parasitaire des os.
- GOLDEWSKI (E.). — *La Provence Médico-Chirurgicale*, août-septembre 1928.
- GUERSANT. — Dictionnaire en 30 volumes, 1844.
- KOENIG. — *Congrès de Chirurgie*, 1896.
- LAÏOUILLE. — Traité des scrofules.
- LANNELONGUE. — La tuberculose chirurgicale.
- LACROT et BOUTIN. — *Algérie Médicale*, octobre 1928.
- LEBERT. — Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.
- LENORMANT. — *Presse Médicale*, 1921.

MARSH. — Sénile tuberculose.

MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

MORET. — *Thèse, Paris, 1900.*

NÉLATON. — Recherches sur l'infection tuberculeuse des os.

OLLIER. — Traité des résections et des opérations conservatrices au système osseux.

POLLOSON. — Ostéo-tuberculose sénile. *Lyon Médical*, mai 1888.

POLAILLON. — Statistique et observation de chirurgie hospitalière.

QUENU. — Mal de Pott. Scrofule des vieillards. *Société Anatomique*, juin 1878.

SORREL (E.) et Mme SORREL-DEJIRINE. — Traité de tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

VIDAL. — Le vieillard.

WIDAL. — Tuberculose locale des vieillards. *IV^e Congrès pour l'Etude de la Tuberculose*, Paris, août 1890.

